

Service maladie

MAL - 003



Pour tout renseignement, contacter le service prestations maladie :

- maladie@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site www.cavimac.fr

Ce questionnaire doit être rempli par l'assuré(e) pour tout accident corporel impliquant l'intervention d'un tiers, quel qu'il soit. Les renseignements demandés ont tous leur importance. Il est donc indispensable que le questionnaire soit rempli en totalité.

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : _____ Prénoms : _____
(en lettres capitales) (dans l'ordre de l'état civil)

Date de naissance : Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____ Département ou pays : _____

Numéro National d'identification :
(numéro de sécurité sociale)

Adresse de résidence : _____

Code postal : Ville : _____

Téléphone :

E-mail : _____ @ _____

N° Collectivité religieuse:

Nom de la collectivité : _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Numéro de sinistre : _____

Renseignements concernant le tiers

Nom : _____ Prénoms : _____
(en lettres capitales) (dans l'ordre de l'état civil)

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Numéro de sinistre : _____

Cette compagnie d'assurance vous a-t-elle déjà fait une offre d'indemnité : Oui Non

Si oui, veuillez nous joindre une copie de celle-ci.

Accident

Date : Heure : Lieu : _____

Un constat amiable a-t-il été établi lors de l'accident ? Oui Non *Si oui, joindre une copie.*

Un rapport de gendarmerie ou de police a-t-il été établi? Oui Non *Si oui, par qui? _____*

Avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non *Si oui, dans quel établissement ? _____*

Pendant quelle période ? Du au

Au moment de l'accident, étiez-vous : conducteur passager cyclomotoriste cycliste piéton

Si vous étiez passager, quel était le nom du conducteur? _____

Étiez-vous en possession d'un titre vous reconnaissant un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente au moins égal à 80 % (carte d'invalidité...)? Oui Non

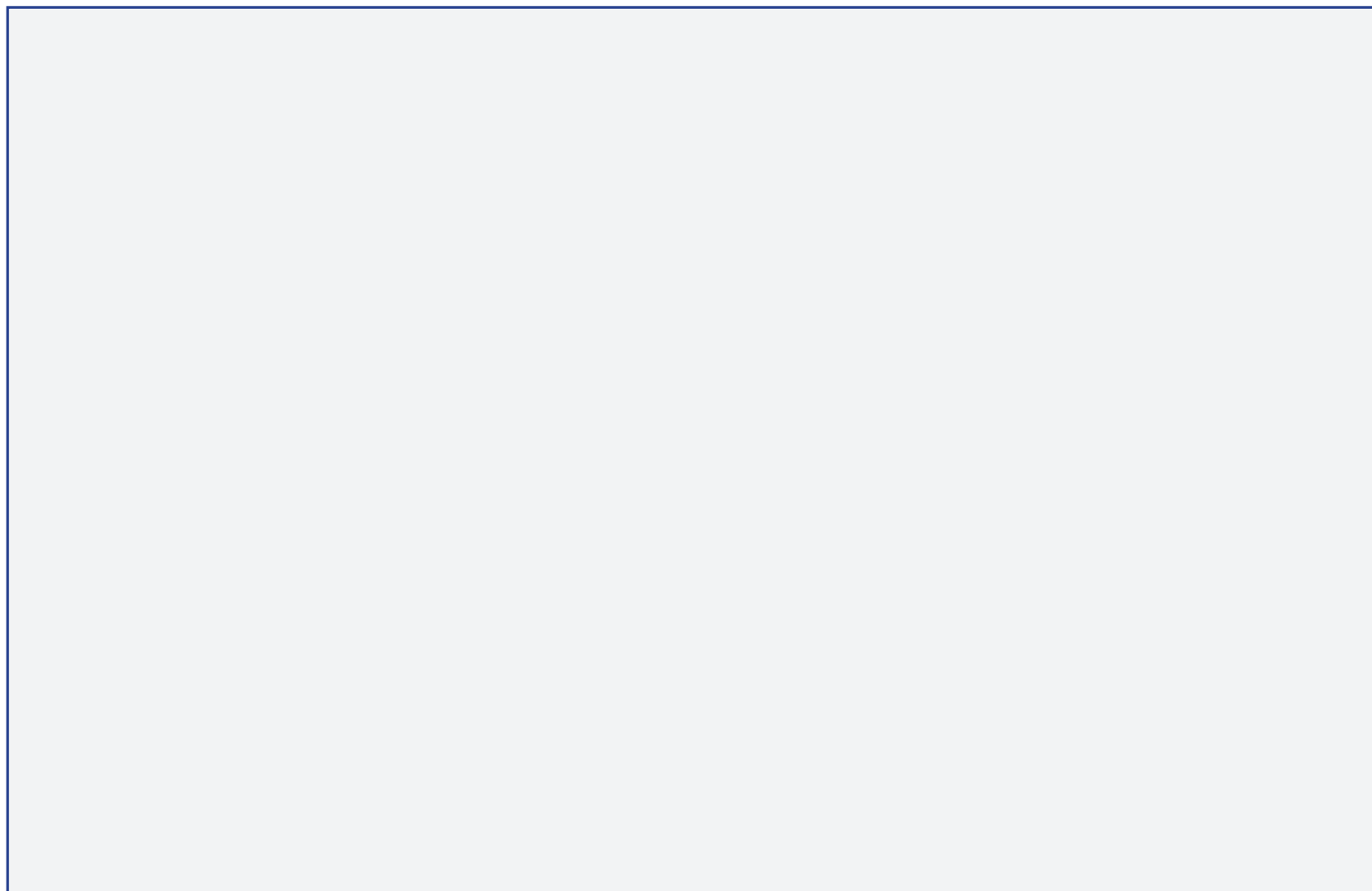
—————> Suite

Nature de vos blessures (joindre un certificat descriptif des blessures établi par le médecin) : _____

Noms et adresses des témoins éventuels : _____

Expliquez de façon concise et précise comment l'accident s'est produit : _____

Croquis de l'accident (à remplir impérativement):



Réparation du préjudice (matériel, corporel, personnel)

Avez-vous porté plainte?

Oui

Non

Ferez-vous appel à un avocat pour vous assister dans vos démarches?

Oui

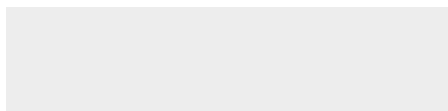
Non

Si oui, merci de nous préciser ses coordonnées.

Je soussigné(e) certifie exactes les informations ci-dessus.

Fait à : _____ , le

Signature



En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr